VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Označení zdravotního výkonu/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů):

LÉČBA ROHOVKY:

☐ **TRANSPLANTACÍ AMNIOVÉ MEMBRÁNY**
☐ **PŘEKRYTÍM SPOJIVKOVÝM LALOKEM**
☐ **APLIKACÍ CYANOAKRYLÁTOVÉHO LEPIDLA**

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Účelem tohoto zdravotního výkonu je vytvořit podmínky pro zhojení rohovky překrytím ztenčeného místa nebo celé rohovky spojivkovým lalokem, amniovou membránou (to je tkáň odebraná z obalů lidského plodu) nebo uzavření defektu cyanoakrylátovým lepidlem.

Rizika léčby:

- infekční komplikace,
- perforace (proděravění) rohovky (zejména u stavů spojených se ztenčením rohovky),

mechanické odloučení amniové membrány, spojivkového laloku či cyanoakrylátového lepidla.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativy nejsou.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Znecitlivění oka kapkami nebo tzv. retrobulbární anestézií (injekce anestetika za oko), překrytí defektu amniovou membránou, spojivkovým lalokem nebo uzavření defektu cyanoakrylátovým lepidlem, u amniové membrány či posunu spojivky jejich zajištění stehy.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Zákaz plavání v bazénu, v řekách a rybnících, vyvarování se prašného prostředí. Pracovní neschopnost po operaci je v závislosti na vykonávané práci obvykle 1 až 6 týdnů.

Další potřebná léčba:

Pravidelná aplikace kapek či mastí, eventuální nošení terapeutické kontaktní čočky, kontroly se standardně provádějí 1. den po operaci, dále za týden, další kontroly jsou individuální.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....	.....
podpis pacienta / zákonného zástupce	jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka